

# 家族療養費付加金支給申請書 (被扶養者診療分)

・シャチハタ不可  
・受取代理人の欄と同じもの

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号-番号	123 - 321	被保険者氏名	港 健一 <span style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; padding: 2px;">港</span>			
	被保険者の 住所	〒 140 - 0023 東京都品川区上大崎〇-〇-〇		日中の連絡先 (電話番号)	090 - 1234 - 4321		
				事業所名	芝浦港運株式会社		
	受診者の 氏名	港 保子		受診者の 生年月日	<span style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; padding: 2px;">昭和</span> 42 年 11 月 18 日	被保険者 との続柄	妻
	傷病名	気管支炎		医療機関名	港中央病院		
	受診年月	平成 29 年 2 月分		実際に診察を 受けた日数	9 日間		
	保険診療の 一部負担金額	68,350 円					
<input checked="" type="checkbox"/> 公的制度から医療費助成は受けていません 【※下記注意(5)を参照のうえ、□にチェックを入れてください】							

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します					
	平成 29 年 4 月 10 日			住 所	東京都品川区上大崎〇-〇-〇	
				被保険者 (申請者)	氏 名 港 健一 <span style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; padding: 2px;">港</span>	
				住 所	東京都港区芝浦〇-〇-〇	
			代理人 (受任者)	氏 名 芝浦 涼介 <span style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; padding: 2px;">登録印</span>		

・シャチハタ不可  
・被保険者氏名の欄と同じもの

(申請上の注意)

- 医療機関ごと、及び診療月ごとに作成してください。
- 同じ医療機関で入院と通院がある場合は別々に作成してください。
- 領収書の写しを添付してください。
- 一部負担金額に、入院時の食事療養費・特別室料・保険外診療分は含まれません。
- 他の公的制度(国や地方公共団体等)から医療費助成を受けている場合、家族療養費付加金の支給はありません。
- ケガが原因の場合は「負傷の原因について」、第三者行為の場合には「第三者行為による傷病届」を添付してください。

振込依頼書にて  
登録のもの

(参考)

この申請書による支給金は、原則、一部負担金額より30,000円を控除した額に5割を乗じた額(1,000円未満切り捨て)です。

支 払 機 関 の 欄	金融機関	銀行 金庫 信組		支店 本店
	預金種別	1.普通	2.当座	口座番号
	口座名義	(フリガナ)		

受付印
-----